長野松代総合病院
医師臨床研修応募申込書

長野県厚生農業協同組合連合会
長　野　松　代　総　合　病　院
統括院長　瀧澤　勉　殿

氏　名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
生年月日　　年　　月　　日(男・女)

下記のとおり２０２５～２０２６年度の長野松代総合病院初期臨床研修プログラムにおける医師臨床研修採用に応募いたしたく申込いたします。

記

１．　大　学　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．　卒業または見込み年月日　　年　　月　　日

３．　出身地住所　＿＿＿＿（都道府県）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号　　（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿

４．　連絡先住所　＿＿＿＿（都道府県）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
携帯電話　　（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿
メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５．　希望プログラム　　希望プログラムに〇をしてください
１）長野松代総合病院初期臨床研修プログラム
２）長野松代総合病院地域医療重点プログラム